

(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN**24) CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR MÉDICO:***(Añote sólo una causa por línea)*Enfermedad o estado fisiopatológico
que produjo la muerte directamente *a)
debida a (o como consecuencia de)**CAUSAS ANTECEDENTES:**Estados morbosos, si existiera alguno,
que produjeron la causa arriba consi-
gnada, mencionándose en último lugar,
la CAUSA BÁSICA o fundamental.b)
debida a (o como consecuencia de)c)
debida a (o como consecuencia de)

d)

CAUSA BÁSICA*Recuerde que la CAUSA BÁSICA de la defunción ha sido definida como "la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal."***OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS****SIGNIFICATIVOS**, que contribuyeron a la
muerte, pero no relacionados con la
enfermedad o estado morbo que la condujo.Tiempo aproximado entre el co-
mienzo de cada causa y la muerte.
(en minutos, horas, días, semanas, meses
o años)**Nota Importante:** La causa directa que registre en la línea a), significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento, no quiere decir la manera o modo de morir.
Debe considerar que diagnósticos como "PARO CARDÍACO O PARO CARDIORESPIRATORIO" que es un modo de morir, no es una Causa Básica de muerte, salvo casos excepcionales.**25) PARA CASOS DE MUERTE VIOLENTA:****Señale el Tipo:**Suicidio ☐ 1Homicidio ☐ 2Accidente de tránsito ☐ 3Otro Accidente ☐ 4Indeterminado ☐ 5**Para el caso de Accidentes indique alguna característica:**Especifique:
Ejemplo: choque, volcamiento, arrollamiento, etc.La clase de accidente:
Ejemplo: Caída, ahogamiento, envenenamiento, etc.El lugar de ocurrencia:
Ejemplo: case, calle, oficina, lugar de trabajo, etc.**SE REALIZÓ AUTOPSIA ?****SI**☐ 1**NO**☐ 2**26) DATOS DEL MÉDICO QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN.**

Nombres y Apellidos

N° Registro de Colegio
Médico o del M. S. P.

Dirección de la consulta o domicilio

Teléfono

Firma

**27) Nombre del establecimiento de salud donde
ocurrió la defunción:**

Nombre

Dirección

Ciudad

C) MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA**28) CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE:**

Síntomas:

Informantes o
Testigos

Nombres y Apellidos

Firma

Dirección

Nombres y Apellidos

Firma

Dirección

D) DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN**29) Nombres y Apellidos:****30) RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL FALLECIDO QUE INSCRIBE**

Cónyuge

☐ 1

Padres o Suegros

☐ 5

Hijo (a)

☐ 2

Otros Parientes

☐ 6

Edad:

Yerno o Nuera

☐ 3

Otros no Parientes

☐ 7

Años cumplidos

Nieto (a)

☐ 4**OBSERVACIONES:** Este espacio está destinado para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre la defunción ocurrida.